188

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 mars 1907, à 1 heure

Par **M. DUCLOS**

DES INDICATIONS ET DE LA VALEUR

DE L'ANUS CONTRE NATURE

DANS LES CANCERS DU GROS INTESTIN

(Rectum excepté.)

Président : M. LE DENTU, *professeur.*

Juges : MM. POZZI et DE LAPERSONNE, *professeurs.*
BRINDEAU, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Cliniqu des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. LE PROFESSEUR BUDIN (*in memoriam*)

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

RICHELOT, MORESTIN, LEJARS, DEMELIN

MM. LES MÉDECINS DES HOPITAUX

VARIOT, MOREL, LAVALLÉE, JACQUET, BRUHL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

La thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin (rectum excepté) doit sa grande complexité aux conditions cliniques très différentes dans lesquelles se présente le néoplasme.

Si le traitement idéal est l'extirpation totale du néoplasme, diagnostiqué à temps, les statistiques sont là pour nous prouver que souvent l'on est déçu dans les résultats d'opération en apparence parfaitement conduites.

Souvent aussi le chirurgien n'est consulté que tard, et c'est un néoplasme inextirpable ou une complication immédiatement grave qu'il a à traiter.

C'est dire toute l'importance du traitement palliatif.

L'opération palliative la plus classique, la plus simple, la plus bénigne, étant l'anus artificiel, il nous a paru intéressant d'en faire ressortir toute la valeur et d'en bien montrer les indications.

DIVISION

L'occlusion intestinale domine la symptomatologie du cancer du gros intestin, et sa physionomie clinique est tellement variable suivant cette grave complication qu'une division s'impose dans l'étude de la valeur et des indications opératoires de l'anus artificiel.

Nous les étudierons séparément :

1° Dans les cancers avec occlusion. Suivant son degré plusieurs cas seront à envisager qui modifieront les indications thérapeutiques.

2° Dans les cancers sans occlusion, une distinction s'établit toute naturelle selon que le néoplasme est extirpable ou non.

Il est des cas où l'anus contre nature s'impose ; il en est d'autres où il est discutable. Les longues et très intéressantes discussions de la Société de chirurgie (1904-1905) sont là pour le prouver.

CHAPITRE PREMIER

CANCER DU GROS INTESTIN AVEC OCCLUSION

L'occlusion est inégalement répartie sur la longueur du gros intestin (rectum excepté). Peu fréquente au niveau du cæcum, elle l'est surtout au niveau de la portion gauche du côlon, le néoplasme du côlon pelvien constituant par excellence « la ficelle qui verse l'intestin ».

Au point de vue opératoire la distinction surtout importante est celle qui a été établie par Quénu (1).

L'occlusion est parfois complète et persistante. Dans d'autres cas le malade rend quelques gaz, en même temps que le météorisme subit des oscillations: ainsi peut se prolonger l'obstruction qui, presque fatalement d'ailleurs, aboutit d'une façon progressive ou brusque à la complète occlusion.

Suivant ces cas varient les indications de l'anus artificiel.

1. Quénu. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, Paris, 16 nov. 1904.

A. — Occlusion complète

Quand l'occlusion est complète, les conditions opératoires sont, on le conçoit, des plus défavorables. La sténose siégeant bas, les vomissements apparaissent d'une façon tardive quand est déjà profonde l'intoxication. Le malade occlus est en minimum de choc et d'infection : c'est ce qu'avait depuis longtemps indiqué la clinique ; c'est ce qu'ont montré d'une façon précise les expériences de Roger, et l'ensemencement du sang systématiquement pratiqué chez ces malades par Widal et son élève Lemierre.

Que le diagnostic étiologique de l'occlusion soit impossible, ou probable, ou certain, l'intervention rapide est la seule chance de succès. Le mauvais état général du sujet, sa grosse distension abdominale, relèvent de l'opération la plus simple, la moins traumatisante : l'anus artificiel. On a à traiter un accident aigu, immédiatement grave. « C'est l'accident qu'il faut traiter et non sa cause » (Duval) (1).

A première vue il est évidemment logique et brillant, double qualité que se plaît à revendiquer la chirurgie contemporaine, de chercher par une laparotomie l'obstacle et de le lever, si possible, par une *résection intestinale.*

Plusieurs beaux succès sont dus à cette conduite. Eiselsberg, cité par Duval, en rapporte trois ; Gilis

1. P. Duval. *Th. Paris*, 1902.

et Imbert ont obtenu par cette méthode une parfaite guérison. Mais à côté de ces brillantes exceptions que d'échecs et a-t-on le droit d'exposer un malade à 80 0/0 chances de mort, quand on a sous la main une thérapeutique moins meurtrière ?

La moindre résistance de l'occlus n'est pas, en effet, la seule contre-indication à un traitement radical du néoplasme. Des causes locales viennent aggraver le pronostic opératoire : il est d'abord souvent impossible en pleine occlusion aiguë, avec une grosse distension abdominale de trouver le néoplasme ; les anses intestinales seront difficilement maintenues par des compresses. Et si l'on atteint le but, si l'on résèque l'intestin, on opère dans un milieu profondément septique en même temps que l'on suture un intestin aminci, paralysé, distendu à un intestin de consistance et de calibre tout différent.

C'est-à-dire que la résection intestinale en pleine occlusion et en un temps n'est pas défendable.

Certains chirurgiens, Hahn Bloch (1) de Copenhague en particulier, lui apportent cependant un correctif qui peut le rendre applicable dans les cas où l'on connaît sûrement le siège du cancer et quand celui-ci est parfaitement mobile. Avec quelques légères modifications, Mickulicz (2), Hochenegg, Hartmann, Quénu (3) et Houzel ont suivi la pratique du chirurgien danois.

1. Bloch. *Nord. med. Arkive*, 1892.
2. Mickulicz. 32e Congrès allemand de chirurgie, 25 avril 1902.
3. Quénu. *Soc. Chirurgie*, 1904, *loc. cit.*

Dans un premier temps, on fixe la tumeur sur la paroi, dans un second temps, on résèque la tumeur extériorisée : il reste alors un anus en canon de fusil que l'on aura à curer extérieurement. Malgré les succès de Bloch, deux reproches semblent condamner sa méthode. En plus de la rareté des cas où la mobilité du néoplasme est suffisante pour permettre son extériorisation, on a un mauvais anus artificiel, difficile à traiter par la suite et une tumeur insuffisamment enlevée.

Avec ou sans laparotomie exploratrice, reste comme traitement palliatif le classique *anus contre nature*, la laparotomie n'ayant d'ailleurs de raison d'être qu'à titre de méthode d'examen pour parfaire un diagnostic. A l'inverse des précédentes opérations, dans le cancer avec occlusion aiguë, tout est en sa faveur.

a) La bénignité opératoire de l'anus artificiel est évidente. En elle-même cette opération ne comporte pas de mortalité. Si trop souvent l'on observe des échecs, c'est que le malade a été opéré trop tard ; au moment où l'intoxication a fait son œuvre et les accidents que plus tard, à titre d'opération palliative définitive, nous reprocherons à l'anus iliaque, sont minimes à côté de la gravité des opérations d'emblée radicales.

b) L'anus artificiel est l'opération simple, l'opération d'urgence que de ce seul fait tout médecin consciencieux doit savoir pratiquer.

c) Tandis que, pour l'entéro-anastomose, le chloroforme est indispensable (et l'on ne saurait nier les effets déplorables du chloroforme sur un malade occlus, profondément intoxiqué, à l'état pulmonaire déjà mena-

çant) l'anesthésie locale à la cocaïne ou à la stovaïne trouve dans l'anus artificiel une merveilleuse indication et ce n'est pas le moindre argument en sa faveur.

d) C'est enfin la méthode d'attente, qui a supprimé les dangers immédiats de l'arrêt intestinal. Arrive-t-on à franchir la période aiguë, on peut espérer la période calme ou un meilleur état général permettra d'agir directement sur le néoplasme.

Les indications si précises de l'anus artificiel dans les cancers avec occlusion aiguë et complète valent qu'on discute très rapidement quelques points de sa technique dans ces cas.

En général, les chirurgiens pratiquent un anus large, complet, susceptible de devenir définitif si par un examen ultérieur, en dehors de la crise, le néoplasme est jugé inopérable. Cette méthode est-elle à l'abri de toute critique? Quénu, dont l'autorité est incontestable en la matière, Duval, dont les recherches bibliographiques sont très complètes sur ce point, la repoussent absolument. L'anus large, complet, est pour eux parfaitement inutile. Dans les occlusions aiguës, en effet, la simple évacuation de gaz et de quelques matières, apaise immédiatement l'allure aiguë de l'affection et Roux de Lausanne a pu écrire que « la plus modeste évacuation, « ne fût-elle que gazeuse contribue tout autant à la guérison ». L'effet de cette simple « cheminée intestinale » est rapide et sûr. Et plus tard quand la phase critique, aiguë sera passée, il sera plus facile, intervenant secondairement, de supprimer une petite fistule stercorale que d'occlure un véritable anus contre nature « opé-

ration spéciale et souvent dangereuse » (Duval).

Où sera pratiquée l'entérostomie ? Deux endroits sont discutables : l'S iliaque et le cæcum. Bien entendu pour les cancers haut placés la cæcotomie est seule possible ; mais pour les cancers bas placés, pour les cancers du côlon pelvien la colostomie iliaque gauche semble jouir de la préférence de beaucoup de chirurgiens. Cependant bien des critiques peuvent lui être adressées. Elle est immédiatement voisine du néoplasme : elle peut devenir gênante au cours de l'opération radicale secondaire et l'on est pas toujours sûr d'être sur l'S iliaque puisque Morestin (1) a rapporté à la Société anatomique un cas où, croyant ouvrir le côlon descendant il avait abouché le transverse. La cæcotomie semble dans tous les cas bien préférable. Autant l'anus cæcal définitif est mauvais, autant le cæcum temporairement fistulisé devient une excellente cheminée intestinale. Il draine l'intestin loin du néoplasme et au point déclive, et si ultérieurement l'on intervient, le champ opératoire sera loin du cancer. De plus, au niveau du cæcum, le contenu intestinal est liquide ou semi-liquide tant par la réaction de la muqueuse qui sécrète au-dessus de l'obstacle, que par suite des purgatifs qu'aura en général absorbés le malade et une débâcle immédiate sera d'autant plus facilement obtenue.

Il est certain que pour donner rapidement libre cours aux matières fécales, pour débarrasser vite le malade des toxines qui encombrent son intestin, on fera en un

1. Morestin, *Soc. Anat.*, 1900.

temps l'anus artificiel. C'est le procédé de choix de presque tous les chirurgiens : de Bovis (1), Lardennois, (2), considèrent cette pratique comme la règle. Mais l'anus en un temps comporte des dangers : épanchement de matières dans le ventre (cas de Luys), péritonite, etc. Aussi, quand la distention intestinale n'est pas extrême, quand n'est pas imminente la gravité de l'état général, préfèrera-t-on l'entérostomie en deux temps; non, bien entendu, suivant le procédé de Maydl-Reclus, qui n'est applicable que, lorsque la situation n'étant pas urgente, on songe à établir un anus artificiel, mais en deux temps peu éloignés, suivant la pratique de Paul (3) et de Quénu. Dans ce but, on fixe simplement le cæcum à la paroi, et, pour éviter la souillure de la plaie pendant les premiers moments qui suivent l'intervention, suivant la distension intestinale et l'état général, on attend quatre, six, douze heures ou plus, si c'est possible; ceci fait, on ponctionne l'intestin avec un trocart un peu plus gros qu'un trocart à hydrocèle. Les gaz sont d'abord expulsés, puis l'intestin reprenant sa tonicité, par l'intermédiaire du trocart traversant le pansement, et prolongé par un tube en caoutchouc, expulse lentement son contenu liquide dans une cuvette placée à côté du malade. Au bout de deux ou trois jours, il convient, supprimant le trocart, de remplacer la ponction par une petite incision de

1. De Bovis. *Revue de Chirurgie*, 1900.
2. Lardennois. *Th. Paris*, 1898.
3. Paul. *British*, 1903, p. 412.

l'intestin, incision d'ailleurs peu importante, « 15 mm. suffit grandement pour une fistule temporaire destinée à parer simplement à une situation critique » (Duval).

A côté de ce manuel opératoire si simple et si judicieux que nous avons tenu à mentionner, car il n'est pas dans les classiques, nous citerons une variété en somme, d'anus artificiel, l'appendicostomie, que certains chirurgiens américains ont trouvée indiquée dans certains néoplasmes du gros intestin avec occlusion aiguë.

Libérant l'appendice, l'extériorisant entre deux compresses, ils en font une sorte de drain naturel, par lequel une sonde introduite dans le cæcum permettra au contenu intestinal de s'écouler loin de la plaie : ce n'est que plus tard, lorsque les adhérences se sont produites, que l'on résèque l'appendice et que l'on incise le cæcum sur une étendue convenable. Bien que Segond (1), le promoteur en France de cette méthode, prétende que de la sorte, « on associe les bienfaits des « opérations en un temps à la sécurité des opérations « en deux temps » l'appendicostomie ne semble pas moins très inférieure au procédé classique de l'entérostomie, avec l'heureuse modification qui y ont apporté Paul et Quénu : cette méthode, au moins, a fait ses preuves.

Dans les cas de cancers du gros intestin avec occlusion complète, nous espérons, ayant mis en relief, à côté de la gravité des opérations d'emblée radicales la

1. Segond. *Société Chirurgie*, nov. 1904.

bénignité et la simplicité opératoires de l'anus artificiel, avoir suffisamment montré que lui seul était logique.

Loin de le faire à regret, par résignation, on le pratiquera résolument de bonne heure. « Cette façon d'agir « en apparence timide et qui paraît relever d'une chi- « rurgie vieillotte est la seule permettant d'avoir des « succès vitaux immédiats et plus tard des guérisons « définitives par la réaction secondaire en plusieurs « temps » (Cavaillon)(1).

B. — Occlusion incomplète

L'occlusion pour cancer ne se manifeste toujours pas avec les caractères d'intensité que laisseraient supposer les cas précédemment envisagés. Tandis que dans les occlusions complètes, elle est presque toujours le résultat de la sténose cancéreuse, dans les occlusions qui vont maintenant nous occuper (petites occlusions de Quénu) l'obstruction peut être due, non seulement à un obstacle mécanique, mais encore à l'invagination du néoplasme dans la portion intestinale sous-jacente ou relever d'une infection péritonéale.

La clinique permettant de distinguer ainsi trois classes d'occlusions incomplètes, nous discuterons pour chacune d'elles les indications de l'anus artificiel.

1. — Chez certains malades il ne s'agit que d'une constipation prolongée : il y a rétention absolue des matières, mais libre évacuation des gaz et cet état peut

1. Cavaillon. *Th. Lyon*, 1905.

durer dix, quinze jours, jusqu'à la complète occlusion, un chirurgien averti ne doit jamais attendre cette phase.

Que le diagnostic étiologique soit certain ou douteux, tant que la distension abdominale est modérée, tant que l'état général reste satisfaisant, on doit repousser d'emblée l'anus artificiel et par une laparotomie médiane, parfaire le diagnostic de la cause et du siège.

La laparotomie exploratrice étant faite, le néoplasme étant découvert (ce qui sera relativement facile dans les petites occlusions), deux éventualités se présentent : le néoplasme est opérable ou inopérable.

Si le néoplasme est extirpable, on interrogera avec grand soin la résistance du malade : résistance générale par le pouls, résistance locale par l'examen minutieux de l'intestin qui, dans les petites occlusions, est en général peu distendu, peu aminci, de ce fait non paralysé. Si le malade peut supporter les longueurs du traitement radical, son indication est très précise. Sinon, on pratiquera temporairement une cæcotomie, et, dans les cas douteux, on donnera la préférence à cette dernière méthode : l'anus artificiel préventif.

Si le néoplasme est inextirpable, ou très difficilement extirpable, on n'hésitera pas. L'anus artificiel est tout indiqué et on ne fera pas, dans ce cas, une simple cæcotomie, mais un véritable anus qui pourra être définitif, si l'état général du malade ne permet pas par la suite de tenter une anastomose intestinale.

Nous savons bien par les statistiques de de Bovis, de Duval, que l'établissement de l'anus après laparotomie est plus grave que son établissement d'emblée ; mais

comme la laparotomie est indispensable pour juger l'opérabilité du néoplasme, elle conserve toutes ses indications et garde toute sa valeur dans les cas de cancers avec petite occlusion.

2. — C'est presque toujours une petite occlusion, une obstruction chronique que donne l'invagination, complication rare du néoplasme du gros intestin. Or le néoplasme qui s'invagine est presque toujours un cancer mobile et les porteurs d'invagination sont plutôt des obstrués que des occlus. C'est dire que sont réunies deux conditions, éminemment favorables pour une thérapeutique radicale, la seule, d'ailleurs, permettant de supprimer une lésion très grave, pouvant se gangrener, se perforer, ou continuer à évoluer.

Il est des cas cependant où la thérapeutique palliative, où l'anus artificiel trouve ses indications, c'est quand il est absolument obligatoire de terminer vite, et bien, que le pronostic soit très sombre, il est des cas où l'on pourra doubler le cap, l'entérostomie permettant d'attendre et de réséquer la lésion plus tard.

3. — Les indications de l'anus artificiel sont beaucoup plus restreintes quand l'occlusion est le résultat à la fois d'un obstacle mécanique et d'une infection péritonéale.

Ces complications infectieuses peuvent ou revêtir la forme de péritonite généralisée, ou se localiser autour du néoplasme.

S'agit-il de péritonite généralisée consécutive à une perforation intestinale sous-jacente au cancer ou à une perforation diastatique, il faut au plus tôt obéir à l'indication d'urgence, donner par des incisions multiples

abdominales, lombaires ou vaginales, issue au pus ou aux matières fécales et obturer, si possible, la perforation.

Mais on peut ne pas la découvrir, et comme à côté de la péritonite il y a toujours de l'occlusion, si celle-ci semble bien établie, il est absolument indiqué de pratiquer un anus contre nature. Von Eiselsberg s'est bien trouvé de cette conduite.

S'agit-il de péritonites localisées (1), c'est encore la laparotomie permettant de se bien rendre compte du siège de l'abcès qui sera le meilleur mode de traitement. Qu'une occlusion vraie accompagne l'infection l'anus cæcal retrouve les mêmes indications que précédemment.

1. Tuffier. *Semaine méd.*, 1904.

CHAPITRE II

CANCER DU GROS INTESTIN SANS OCCLUSION

Pour le cancer du gros intestin avec occlusion nous venons de voir que la règle de conduite est très nette : faire le minimum en donnant issue au plus tôt aux matières fécales par un anus artificiel. Faire plus serait imprudent.

Le traitement du cancer à froid, sans occlusion, ne saurait avoir une telle précision. Deux grandes méthodes le résument : il peut s'agir soit d'opérations radicales, soit d'opérations palliatives.

Les premières s'adressent aux tumeurs inextirpables, les secondes aux tumeurs extirpables. C'est dire que la clinique doit tout mettre en œuvre (1) pour savoir si une tumeur intestinale est ou non opérable, la laparotomie exploratrice permettant dans les cas douteux un examen plus parfait.

1. Hartmann, *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, 3e série, Steinheil, 1907. Okinczyc. *Presse méd.*, 9 février 1907.

I. — Le néoplasme est extirpable.

Si le cancer est opérable, le malade résistant, c'est une opération radicale que l'on doit tenter : c'est actuellement la seule méthode possible de guérison, et les chirurgiens se sont d'ailleurs aperçu que le cancer du gros intestin, celui du côlon en particulier, est un de ceux qui évoluent le plus lentement, ont le moins de tendance, une fois enlevés, à récidiver. Le côlon s'adapte de même longtemps à l'obstacle mécanique que constitue la tumeur : c'est ce qui explique la tolérance de ces néoplasmes intestinaux (Bousquet) (1), et qui amène à cette conclusion théorique « que la période chirurgicale efficace est très longue » (Okynczyc).

Mais si l'opération radicale, la résection, est la méthode indiscutable, il serait tout à fait imprudent, même en présence d'une tumeur petite, bien localisée, mobile, sans adhérences, de tenter la résection en un temps. Ce serait exposer le malade aux nombreuses chances de mort de l'entérostomie avec entérorraphie immédiate. Sont seules heureuses les colectomies faites en plusieurs temps, et l'anus artificiel va être une méthode adjuvante des plus utiles, le temps le moins brillant sans doute, mais auquel la sécurité qu'il donne doit tout faire pardonner.

Dans un premier temps l'anus cæcal drainant l'intestin, le met au repos et permet sa désinfection.

1. Bousquet. *Assoc. franc. de chirurgie*, Paris, 1904.

Quand dans un second temps la tumeur sera enlevée l'anus artificiel rendra encore les plus grands services en mettant les sutures à l'abri des matières, et en cas d'occlusion post-opératoire en servant de véritable soupape de sûreté.

Ce n'est que plus tard quand la cæcostomie aura rempli ces rôles capitaux qu'on songera à fermer la fistule cæcale.

Dans d'autres cas si l'on a tenté d'emblée l'entérostomie, le chirurgien peut encore avoir recours à l'anus artificiel pour deux raisons : « la nécessité de faire vite, l'impossibilité d'affronter les deux bouts intestinaux » (de Bovis).

Si on arrive presque toujours à affronter l'intestin, on comprend facilement que l'opérateur trouve une grande ressource dans l'anus contre nature, quand est mauvais l'état général du patient ou l'état anatomique des parties, quand on a dû réséquer déjà une anse intestinale (Bergmann), une portion de vessie (Iversen) d'estomac (Fischer), même après une résection complète (Nélaton), on est trop heureux dans certains cas d'abandonner la partie en faisant une colostomie qui sauve momentanément la situation.

II. — Le néoplasme est inextirpable

En présence d'un cancer inextirpable du gros intestin, sans occlusion, deux opérations résument le traitement palliatif: l'entéro-anastomose et l'anus artificiel définitif.

Il est des cas où l'indication de l'anus est évidente ; dans d'autres cas il est discutable.

A). — L'anus artificiel est indiscutable.

L'anus artificiel est nécessaire quand il est impossible par une anastomose intestinale de rétablir le cours des matières. Cette impossibilité peut tenir soit au siège du néoplasme, soit à son extension.

1° *A son siège.* — Au point de vue de l'indication de l'anus artificiel le siège du néoplasme, nous disent Terrier et Quénu, domine en effet la question. En dehors de l'occlusion intestinale aiguë, dont nous nous sommes longuement occupés, on doit pratiquer l'anus artificiel chaque fois qu'il y a au-dessous de la lésion un segment insuffisant pour permettre l'anastomose. Tandis que celle-ci a de chauds partisans, nous le verrons, quand il s'agit de tumeurs inopérables du gros intestin siégeant sur les côlons ascendant, transverse et sur la portion supérieure de l'anse oméga, elle doit être absolument rejetée dans les cas de cancers immédiatement sus-rectaux.

Rotter (1) a bien eu deux succès par cette méthode dans deux cas inopérables de la partie inférieure du côlon pelvien, mais, Ludwig Hahn et Körte ont bien fait remarquer à leur collègue allemand qu'il s'agissait de deux cas très spéciaux, très limités bien qu'adhérents.

1. Rotter, Ludwig Hahn, Korte. *Freie Vereininung der chirurgie Berlins*, juin 1890.

Et deux objections bien précisées par Duval dans sa thèse la font rejeter, car le danger ne saurait être évité d'un envahissement progressif de l'anastomose immédiatement sous-jacente au cancer, et la route n'est surtout pas libre quand il s'agit de ces néoplasmes adhérents généralement aux organes pré-rectaux dans le fond du Douglas.

Pour ces deux raisons majeures l'anus artificiel est donc absolument indiqué dans les cas de variétés basses de cancer colique.

2° *A son extension.* — Le néoplasme du gros intestin relève aussi de l'anus iliaque définitif quand son extension abdominale ou pelvienne, ses adhérences avec l'intestin grêle ou les autres viscères rendent impossible l'abouchement d'une anse sus-jacente dans le segment sous-jacent.

L'examen clinique, à moins qu'il ne s'agisse de néoplasiques au teint jaune cireux, atteints de déglobulisation intense, ayant déjà un léger œdème malléolaire, ou à plus forte raison une véritable phlébite sera souvent impuissant à montrer que les conditions d'entéro-anastomose sont par trop mauvaises. La laparotomie exploratrice, permettant de se bien rendre compte de l'extension du cancer et des adhérences, sera par contre une méthode d'examen très parfaite et sera, dans ces cas de néoplasmes étendus, immédiatement suivi de l'anus contre nature définitif.

Telles sont les indications absolument nettes de l'anus artificiel. Reste à étudier maintenant les cas où celui-ci est discutable.

B. — L'anus artificiel est discutable.

Dans les cancers inopérables du grand intestin, les deux contre-indications précédentes étant bien précisées, entre les deux opérations qui résument le traitement palliatif, l'entéro-anastomose et l'anus artificiel. Beaucoup de chirurgiens (c'est ce qui ressort des très intéressantes discussions de la Société de chirurgie de 1900 et de 1905) préfèrent l'opération la plus brillante, l'entéro anastomose (1). Devant elle ils semblent avoir oublié les multiples avantages de l'anus artificiel : nous voudrions, les mettant en évidence, combattre sa défaveur passagère.

1° *Quel est le but de ces deux opérations ?*

Rétablir, bien entendu, le courant intestinal. Est-ce le seul? Comme le fait excellemment remarquer Quénu, on cherche aussi à exclure la surface ulcérée du parcours intestinal, « à la soustraire complètement à l'influence « algésique, irritante, infectante, hémorragique des « matières, matières si septiques en cas de cancer in- « testinal, qu'un bactériologiste qui, sur ma demande,

1. Nous dirons entéro-anastomose, sans entrer dans toutes ses variétés, dans tous ses perfectionnements actuels (exclusion uni ou bilatérale). Le faire serait sortir de notre sujet. Ce ne serait d'ailleurs que résumer la très remarquable thèse de Cavaillon, particulièrement documentée.

« en avait entrepris l'étude fut obligé d'y renoncer tant « la faune était innombrable » (Quénu).

On ne peut nier que l'anus iliaque, bien pratiqué, résume admirablement cette condition. L'anastomose, par contre, est loin de dériver aussi complètement les matières fécales : la bouche se trouvant dans beaucoup de cas à une petite distance de la surface ulcérée, l'infection secondaire ne sera que plus intense au niveau de la portion malade. L'entéro-anastomose semble réussir surtout en effet dans le cas où le cancer est petit, et ce sont précisément deux cas de ce genre, opérés par Savariaud, qui ont valu le plaidoyer, si convaincant au premier abord, de Demoulin, en faveur de la recto-entérostomie.

Le cours des matières ne se rétablit pas de même toujours à souhait dans les entéro-anastomoses. « Les « matières s'accumulent au-dessus de l'obstacle ; l'intes- « tin distendu devient douloureux et des crises causent « une véritable gêne... Tous les auteurs ont insisté sur « cette accumulation des matières fécales : elles occa- « sionnent des accidents divers pour lesquels on a fait « chez les mêmes malades sept ou huit opérations » (Terrier) (1).

Et la stase cæcale dans certains cas d'iléo-sigmoïdostomie est parfois si marquée que Le Dentu (2) a conseillé de compléter l'anastomose par une fistulation cæcale, ressource thérapeutique que l'on ne saurait trop recommander.

1. Terrier, *Soc. chirurgie*, 1900.
2. Le Dentu, *id.*

2° *Quelles sont les complications propres à chacune de ces deux méthodes ?*

Chacune de ces deux méthodes a des complications qui lui sont propres. Géraud (1) a étudié très complètement les accidents de l'anus contre nature. Laissant pour le moment de côté les accidents d'ordre psychique sur lesquels nous reviendrons longuement, faisant simplement mention des accidents infectieux relativement rares avec une bonne technique et facilement curables, puisque l'infection est pour ainsi dire sous la main, nous mettrons en parallèle les accidents d'ordre mécanique qui sont l'apanage de l'anus artificiel et des entéro-anastomoses.

Les bouts intestinaux de l'anus contre nature peuvent se rétrécir et s'atrophier : tandis que le rétrécissement du bout inférieur est la règle au bout d'un temps plus ou moins long, le rétrécissement du bout supérieur, le seul grave, entraînant des accidents d'obstruction, est extrêmement rare ; la sténose de l'orifice lui-même ne s'observe jamais quand l'anus est bien fait (Jeannel) (2). L'intestin éversé peut aussi faire issue à travers l'anus contre nature ; l'épiploon et le mésentère peuvent se rétracter. On a signalé aussi certain cas d'éventration, mais ne peut-on pas en dire autant de toutes les laparotomies quel que soit leur but ?

1. Géraud, *Th. Paris*, 1902.
2. Jeannel, *Chirurgie de l'intestin.*

C'est dire que Gosset et Géraud vont peut-être bien loin quand ils parlent des nombreuses surprises que l'anus contre nature peut fournir au malade, des nombreuses complications qu'il peut fournir au chirurgien !

N'en est-il pas de même d'ailleurs des entéro-anastomoses ?

La bouche fonctionne-t-elle toujours et met-elle à l'abri des accidents d'occlusion ? Il suffit pour s'assurer du contraire de lire les deux observations très intéressantes de Savariaud (1). Et si dans une de celles-ci (sigmoïdo-rectostomie) on peut penser à l'envahissement de la bouche par le cancer, dans l'autre (colo-sigmoïdostomie) il s'agit sûrement d'un rétrécissement cicatriciel, étant donné la grande distance qui sépare le néoplasme de l'anastomose.

Quoi qu'il en soit, dans le premier cas, moins d'un an après l'opération palliative, les douleurs étaient revenues, la situation était « misérable » et l'anus artificiel avait été la seule ressource contre une occlusion aiguë greffée sur l'obstruction chronique.

La littérature médicale contient peu de cas d'atrésie des anastomoses intestinales ; mais plus les données seront nombreuses, plus cet accident sera connu.

Ainsi donc au point de vue des complications l'anus artificiel inspire bien moins de craintes que les entéro-anastomoses.

1. Savariaud, *Soc. chirurgie*, octobre 1905.

3° *Quelle est la gravité comparée des deux méthodes ?*

Les accidents des anastomoses que nous venons d'étudier sont loin d'être compensées par leur grande bénignité opératoire.

R. de Bovis accuse une mortalité de 37 0/0 et ajoute que ce chiffre lui paraît au-dessous de la réalité.

Pour les seules opérations à froid, Cavaillon dans sa thèse donne une statistique plus désolante encore :

Trois anastomoses colo-coliques, 3 morts 100 0/0 (Hecferich, Gutbertet, Jaboulay).

Dix-huit anastomoses iléo-coliques ou iléo-rectales, 13 morts, 72 0/0 de mortalité.

La cause de la mort est d'ailleurs toujours le choc ou l'infection, et « il ne semble pas qu'on puisse établir « de différence avec le siège de la tumeur ou selon la « technique employée, bouton ou suture ».

Par contre l'opération rivale, l'anus iliaque, a un déchet presque nul.

Et cependant, à la suite de deux observations d'entéro-anastomoses pour cancer du gros intestin présentées par Savariaud à la Société de chirurgie (nov. 1905), Demoulin a vivement défendu cette méthode palliative, l'entéro-rectostomie en particulier. Godineau (1) sur 6 cas d'entéro-rectostomie qu'il avait recueillis pour sa thèse donnait 2 morts et 4 guérisons, ces cas de guérison étant ceux de : 1° de Stimson (1892) (anastomose

1. Godineau. *Th. Paris*, 1903.

latéro-latérale entre le côlon transverse et la partie supérieure du rectum pour cancer de l'S iliaque) ; 2° de Desguin, d'Anvers (1899), 3° de Lardennois (1902) (iléo-rectostomie pour cancer du côlon pelvien) ; 4° de Guinard (1903) (sigmoïdo-rectostomie pour cancer de la portion terminale de l'S iliaque).

A ces 4 cas, Demoulin ajoute 1 cas de Savariaud (1904), 1 nouveau cas de Desguin, et 1 nouveau cas de Lardennois, ce qui donne 6 cas de guérison sur 8 d'interventions.

Se basant sur cette statistique, Demoulin fait remarquer que l'entéro-rectostomie devient ainsi très supérieure à toute autre anastomose, surtout si à l'exemple des opérateurs qui ont des succès, (Desguin, Lardennois, Savariaud), on remplace la suture par le bouton de Murphy.

Bien que la statistique de Demoulin soit très petite, on concède volontiers la supériorité de l'anastomose entéro-rectale, mais pouvons-nous suivre le rapporteur de la question à la Société de chirurgie quand il met en parallèle comme gravité l'entéro-rectostomie et l'anus iliaque.

Il paraît difficile de démontrer que la première opération n'est pas grave, quand elle a pour elle 2 morts sur 6 (1/3 de mortalité), et cette léthalité est bien applicable à l'opération en elle-même. On ne saurait en dire autant de certaines statistiques presque sombres d'anus artificiel, où la mort est due non à la colostomie, mais au cancer qui a continué son œuvre, l'indication étant remplie.

Comme le dit Quénu « quand il s'agit d'opérations « curables, toute tentative, si audacieuse qu'elle puisse « paraître, est légitime si elle augmente les chances du « radicalisme thérapeutique. Le même raisonnement « n'est peut-être pas applicable à une opération pallia- « tive, ou tout au moins aurions-nous alors la mission « assez délicate de faire pressentir à l'intéressé que « l'opération de soulagement n'est pas exempte de « dangers ».

Tandis que pour l'anus artificiel tous les cas sont bons, pour l'entéro-rectostomie il faudrait pouvoir choisir ses cas ; il faudrait un sujet en bon état ; il faudrait être absolument sûr du siège, de l'extension, des adhérences du néoplasme, de ses complications, pour être certain qu'on n'aura pas à se livrer à des recherches abdominales qui infecteront le péritoine et sidéreront l'organisme.

Et l'on ne saurait nier que si l'on connaît parfaitement la technique très simple de l'anus artificiel, l'entéro-anastomose a besoin de se perfectionner.

Nous venons d'opposer la bénignité d'une opération à la gravité de l'autre. Restent deux gros arguments contre l'opération bénigne, l'anus artificiel. L'entéro-anastomose, quand elle réussit, « infiniment préférable » au point de vue du moral du malade, lui assure-t-elle une plus longue survie ?

4° La survie est-elle moins longue après l'anus artificiel qu'après l'entéro-anastomose ?

Après l'anus artificiel la survie, d'après de Bovis, serait de dix mois en moyenne. Cette statistique nous paraît bien sombre à côté de celle de Mickulicz.

1	4 ans 1/2
1	3 — 1/4
1	2 — 3/4
2	2 —
1	1 — 1/4
1	10 mois
1	5 —
1	2 — 1/2
1	1 — 1/2
Moyenne	1 an 9 m.

Celle de Cavaillon est plus encourageante :

1	4 ans
1	1 — 1/2
1	17 mois
3	8 —
1	5 — 1/2
Moyenne	19 mois

Remarquons que quelques cas sont particulièrement heureux. Barbary (1), dans sa thèse, cite le cas d'une ma-

1. Barbary. *Th. Paris*, 1904.

lade de Staffel qui, pendant près de trois ans, resta si bien portante qu'elle allait en société, dansait et s'amusait sans plus songer à son cancer. Quénu, Hartmann ont rapporté des cas analogues ; nous les citerons plus tard en faveur de la survie non seulement longue, mais tolérable à tout point de vue, que peut procurer l'anus artificiel.

Après les anastomoses la survie est des plus variables. De Bovis donne une moyenne de six mois, Mickulicz donne la statistique suivante :

1	9 mois	1/2
1	9 —	
3	7 —	
1	6 —	1/2
1	4 —	1/2
1	1 —	1/4

La question serait encore nettement résolue en faveur de l'anus artificiel, si Savariaud et Demoulin n'indiquaient dans les cas qu'ils ont pris à la thèse de Godineau et dans leurs cas personnels, une survie plus grande à la suite de l'anastomose entéro-rectale qui serait en moyenne de seize mois. Ils l'opposent triomphalement à la survie moyenne de dix mois (de Bovis) procurée par l'anus artificiel, et insistent sur la « qualité » de la guérison dans l'entéro-rectostomie.

Mais peut-on comparer les deux moyennes ? Peut-on mettre en parallèle six cas d'anastomoses entéro-rectale avec les milliers d'opérés par anus iliaque ? L'avenir seul pourra démontrer la supériorité de l'anastomose

sur l'anus au point de vue de la survie. Et se place-t-on surtout à un même point de vue pour comparer? La statistique ne peut être exacte que si on compare des cas comparables. Or peut-on mettre en parallèle les cancers petits, sténosants, avec les formes hémorragiques et envahissantes ?

Pour l'entéro-anastomose, il faut l'avouer, on choisit les bons cas qu'on a pu diagnostiquer de bonne heure: trop souvent, au contraire, on pratique la colostomie chez un malade débilité, cauchectique, pour soulager ses derniers jours.

Et Hartmann (1) oppose enfin au plaidoyer de Demoulin un argument, que nous ne saurions passer sous silence : « Demoulin a pris comme moyenne de sur-« vie, après l'anus artificiel, la moyenne de survie notée « par de Bovis, qui englobe dans une même statisti-« que tous les anus artificiels, quel qu'en soit le siège. « Il aurait dû se borner à une statistique de colosto-« mies iliaques gauches, tous les cas justiciables de « l'anastomose entéro-rectale l'étant en même temps de « l'anus iliaque gauche. Cela aurait permis de compa-« rer des cas comparables, et d'éliminer de la statisti-« que les anus artificiels de la fosse iliaque droite, qui « donnent une survie moins longue que les colosto-« mies iliaques. » On ne voit d'ailleurs pas pourquoi un cancer bien exclu du parcours intestinal par un bon anus artificiel, évoluerait plus rapidement que si on l'avait traité par une anastomose.

1; Hartmann. *Soc. chirurgie*, novembre 1905.

La survie dépendra en somme beaucoup plus de la période à laquelle on opère, des cas que l'on opère que du procédé palliatif que l'on emploie, et, pour toutes ces raisons que nous venons d'indiquer, la question de survie est loin de faire perdre ses droits à l'anus artificiel.

5° *L'anus artificiel constitue-t-il une infirmité incompatible avec l'existence ?*

Les avantages de l'anus artificiel, aux divers points de vue que nous venons d'examiner, sont tellement évidents que sa cause serait gagnée s'il ne restait pour le malade au point de vue moral et social une infirmité des plus graves.

Le soulagement qu'a rapidement apporté la colostomie est trop vite oublié, et, à côté des malades qui prennent leur mal en patience, il en est d'autres qui se découragent : leur anus anormal devient l'obsession qui les plonge dans une mélancolie profonde, et peut entraîner une véritable vésanie. Les anciens chirurgiens l'avaient bien vu : Dupuytren signale un état mental très sérieux chez un de ses malades porteurs d'un anus iliaque ; Gosselin faisait remarquer que plusieurs de ses patients préféraient risquer la mort dans une opération grave que de conserver leur infirmité. Deux malades de Billroth, médecins eux-mêmes, exigèrent de lui la pratique d'une anastomose, affrontant ses dangers en pleine connaissance de cause, pour

éviter la colostomie iliaque : tous deux d'ailleurs en moururent.

Récemment à la Société de chirurgie Picqué rapportait des cas nombreux d'anus contre nature chez des sujets prédisposés à l'hypocondrie, qui étaient devenus le point de départ de troubles mentaux ayant exigé l'internement.

Cependant Verneuil et Trélat discutant les avantages réciproques de la colostomie de Littré et de celle de Callisen, s'accordaient pour vanter les mérites en général de l'anus artificiel. Trélat allait même jusqu'à dire que l'anus d'un de ses opérés était « propre et, coquet ». Et ces chirurgiens avaient néanmoins présenté à la mémoire l'époque des grands anus artificiels avec le cortège presque habituel des éventrations, des prolapsus intestinaux, de l'incontinence absolue. Il n'en est plus de même aujourd'hui : la technique de la colostomie iliaque s'est heureusement modifiée (1). Sans chercher par des procédés opératoires complexes une continence problématique, on arrive naturellement à une continence relative. Picqué est arrivé au même but par une véritable éducation mentale, en agissant, selon la conception de Grasset, sur le psychisme inférieur du sujet.

L'anus iliaque bien fait a tellement d'avantages que nous comprenons difficilement que Roux de Lausanne vante l'anus sus-pubien et que Sonnenburg fasse l'apologie de l'anus médian interpubo-ombilical.

1. Voir *Travaux de chirurgie anatomo-cliniques de* Hartmann, Lecène, Okynczyc, 3e série, 1907. Steinheil.

Certains malades occupant des situations élevées,ont pu vivre avec leur anus contre nature pendant des années, sans éveiller aucun soupçon du côté de leur entourage. Nous avons déjà cité le cas de Staffel. Nous devrionsy ajouter les cas de Guinard, de Quénu, d'Hartmann. Le malade de Quénu était tellement bien portant, trois ans après l'opération palliative, qu'il doutait presque du diagnostic de son chirurgien, diagnostic certain cependant. Le malade d'Hartmann, officier de cavalerie, n'avait rien changé à ses occupations habituelles, et continuait à monter à cheval comme par le passé.

Les *Bulletins de la Société de Chirurgie,* les thèses de Barbary, de Cavaillon contiennent bien d'autres faits analogues.

* * *

Toutes ces observations montrent amplement que si le « tout à l'intestin » est l'idéal vers lequel on doit tendre, dont on doit s'efforcer d'améliorer la technique opératoire, au point de vue du moral du malade, il ne faut pas exagérer le dégoût que peut lui inspirer son anus artificiel. Hartmann l'a bien précisée en disant : « Exécutée comme elle doit l'être, la colostomie iliaque « n'est qu'une petite infirmité. »

Nous trouvons dans cette assertion, qui résume ce dernier chapitre, le meilleur argument contre la seule accusation grave dont est passible l'anus artificiel.

S'il n'est pas un procédé de choix, il n'en est pas moins dans l'état actuel de la science, un excellent

moyen de traitement palliatif, qui, à l'inverse des anastomoses intestinales, par sa simplicité et sa bénignité opératoires, a fait ses preuves, en sauvant la vie à bien des malades, et en leur rendant tolérables quelques mois de survie.

OBSERVATIONS

Observation I (M. Morestin).

Néoplasme du côlon pelvien. Anus artificiel. Entéro-anastomose.

Mme S... modiste, *46 ans*, entre hôpital Saint-Louis (Isolement) le 23 février 1902. Le début des accidents remonte au 19 février. Depuis longtemps la malade est sujette à une constipation habituelle : elle a eu le mois précédent deux crises d'obstruction intestinale qui se sont favorablement terminées, après des soins médicaux simples (lavements, purgatifs).

Le 19 février. — La malade ressent une douleur abdominale qu'elle localise mal et, depuis ce moment, les matières et les gaz sont complètement supprimés. Nausées continuelles, vomissements peu abondants espacés. Deux lavements électriques, loin d'amener une débâcle, accélèrent les accidents. Quand la malade entre à l'hôpital le 23 février, le ventre est très ballonné, les anses intestinales se dessinent à travers la paroi amincie, et de temps en temps surviennent de violentes crises de coliques, pendant lesquelles la paroi est soulevée par des ondulations,

répondant aux contractions péristaltiques de l'intestin. Dans la fosse iliaque droite, se voit également une voussure qui semble répondre au cæcum distendu.

A la palpation, on perçoit une tension légèrement douloureuse de tout l'abdomen avec maximum à droite. Température: 37°5. Pouls : 80.

Vomissements bilieux, sans mauvaise odeur.

Toucher vaginal, rectal, négatifs.

Opération immédiate (23 février).

Incision à droite sur le bord externe du grand droit. On trouve un cæcum surdistendu, éraillé, présentant de longues fissures divisant la tunique séreuse ; dans l'abdomen, épanchement séro-sanguinolent, assez abondant.

Le siège de l'obstacle ne peut être déterminé avec précision Cependant, on peut saisir et attirer le côlon pelvien flasque et ratatiné.

On pratique un anus cæcal, qui, ouvert immédiatement, donne issue à une quantité considérable de matières fécales.

Acte opératoire très simple.

24 *février*. — La malade se sent soulagée. L'anus fonctionne bien. La température se maintient à 38° pendant quarante-huit heures, jusqu'au 26.

Les suites de l'anus sont excellentes, à cela près qu'il se produit un petit abcès suturaire qu'il faut ouvrir le 15 mars.

Le 21 *avril*. — L'état général de la malade étant très bon, on pratique une laparotomie médiane, et on trouve un cancer du côlon descendant et du côlon iliaque. On pratique alors une anastomose colo-colique, entre le côlon transverse et le côlon pelvien, ce qui est facile, le côlon transverse étant très abaissable, et le côlon pelvien étant long. Quant au cancer lui-même,

il est inextirpable, étant donné son extension. On ne touche pas à l'anus iliaque qui est momentanément laissé comme soupape de sûreté.

Les suites de l'opération sont simples : rien de particulier.

Le 7 mai. — On ferme l'anus artificiel.

La malade quitte l'hôpital le 2 juin dans de bonnes conditions. Elle a seulement eu des accidents d'engoûment dans la portion de l'intestin qui aurait dû être exclue (on peut le supposer d'après le ballonnement localisé de l'hypocondre gauche, qui s'accompagne de douleurs dans cette région).

Le 13 octobre. — On revoit la malade, très cachectisée.

Le 5 novembre. — Mort.

Courte survie, cinq mois et demi après l'entéro-anastomose.

Observation II (Morestin).

Néoplasme de l'anse omega. — Occlusion aiguë. — Anus cæcal. Impossibilité de pratiquer l'entéro-anastomose.

Le 19 janvier 1903. — Appelé auprès de M. R..., âgé de 55 ans; depuis quatre jours, présente des phénomènes d'occlusion intestinale, survenus brusquement au milieu d'une santé assez bonne. Pas de nausées, ni de vomissements, mais douleur assez vive. Ni selles, ni gaz; ventre très météorisé. Par la palpation, on ne perçoit aucune tumeur.

Le toucher rectal est négatif.

Le diagnostic d'occlusion intestinale n'est pas douteux. On peut même supposer, à l'intensité du ballonnement, que l'obstacle siège sur le gros intestin.

Dans la nuit même, on pratique l'anus artificiel. Incision sur

le bord externe du muscle droit, du côté gauche. L'anus est établi sur le côlon transverse prolabé. Issue torrentielle de matières fécales. Soulagement rapide. Le malade supporte très bien l'opération, se remonte, mais l'état général reste médiocre.

Cependant, espérant pouvoir pratiquer une opération radicale, ayant au cours de la première intervention, soupçonné l'existence d'un néoplasme sur l'anse oméga, on fait une laparotomie médiane le 18 février.

On constate rapidement l'impossibilité d'un acte chirurgical satisfaisant. Le néoplasme siège bas : au-dessus de lui, le gros intestin dilaté, incrte, est bourré de vieilles matières fécales, et adhérent aux anses grêles et au péritoine pelvien. On se décide à refermer l'abdomen.

La cicatrisation de la plaie abdominale a été obtenue en peu de jours, et vers le milieu de mars, le malade peut rentrer chez lui, se cachectise graduellement, et succombe au bout de six mois.

Observation III (Morestin).

Néoplasme du côlon pelvien. Occlusion intestinale. Anus cæcal. Impossibilité de l'entéro-anastomose.

Le 23 *septembre* 1905. — Appelé près de Mme G.., 43 ans. Depuis cinq jours, présente des symptômes d'occlusion intestinale.

Santé générale assez bonne. N'a jamais eu d'enfants.

Petite, maigre, nerveuse. Depuis quelques mois, constipation rebelle, et notable amaigrissement.

Le 18 *septembre.* — Brusquement, vives douleurs dans l'abdomen. Nausées, vomissements. Ballonnement. Pouls à 88.

Le lendemain, les vomissements sont extraordinairement abondants, en même temps que les douleurs abdominales augmentent. Depuis la veille ni selles ni gaz.

Le 21 septembre. — Les vomissements se calment, mais les nausées sont continuelles.

Le 23 septembre. — Pas de vomissements nouveaux, mais toujours les mêmes nausées. Vives douleurs réveillées par la pression dans les fosses iliaques droite et gauche, surtout gauche.

Un purgatif et des lavements n'amènent aucune émission gazeuse, ni fécale.

La malade, qui était dans la banlieue, est ramenée à Paris en automobile.

Le 24 septembre, au matin. — La malade, fatiguée par le voyage, a la langue sèche et des nausées incessantes.

Le diagnostic d'occlusion intestinale étant évident après avoir pratiqué une injection de sérum, on décide l'intervention.

On incise le bord externe du muscle droit, à droite. On trouve immédiatement le cæcum, très distendu ; les anses grêles contrastent d'une façon frappante avec le gros intestin dilaté ; elles sont flasques, ratatinées et absolument vides. Craignant qu'un obstacle ne siège sur la partie toute supérieure de l'intestin grêle, on prolonge l'incision en haut et on dévide l'intestin grêle jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal; partout la même vacuité. Le duodénum lui-même est vide. Par contre, le gros intestin est extraordinairement distendu. La main, glissée dans le petit bassin, permet d'établir que la distension s'étend jusqu'à la partie moyenne du côlon pelvien. L'obstacle est donc placé très bas dans l'excavation pelvienne.

On établit un anus artificiel sur le cæcum, anus qui, immé-

diatement ouvert, donne issue à une grande quantité de gaz et de matières.

Le soir, pouls à 84. Malade relativement calme. Quelques nausées.

Le 25 septembre. — Malade très agitée, nausées. Vomissements bilieux, mauvais facies, pouls à 112.

Le 26 septembre. — Pas de nausées, facies meilleur, pouls à 116. Les liquides sont tolérés ; l'anus fonctionne bien.

Le 27. — Mieux sensible. Lait, eau de Vichy.

Le 29. — Nouveaux malaises, nausées ; douleurs dans la fosse iliaque gauche. La palpation de cette région permet de constater une masse dure, probablement formée par l'accumulation de matières fécales au-dessus de l'obstacle.

Lavage de l'intestin par l'anus artificiel. Évacuation de scybales et de matières. Pouls : 92.

Le 1er octobre. — Pouls : 112. Temp : 38°7.

Nausées, douleurs vives du côté gauche.

Les lavages par l'anus naturel et l'anus artificiel amènent une évacuation abondante de vieilles matières fecales.

Le 3 octobre. — Pouls : 104. Temper : 37°2.

Ouverture d'un petit abcès sur la ligne de suture. Les selles sont devenues très rares. Quelques coliques, éructations, tendance aux nausées.

Dans la nuit du 6 au 7, expulsion par l'anus naturel d'une volumineuse masse fécale très dure. Soulagement marqué.

Depuis cette époque, jusqu'au 1er décembre, la malade passe par des alternatives de bon état et de malaises coïncidant avec l'engoûment de l'intestin.

L'anus cæcal fonctionnant insuffisamment, une partie des matières s'engage dans le côlon ascendant pour venir s'accu-

muler au-dessus de l'obstacle : ainsi s'explique l'engoûment.

Dans les premiers jours de décembre, on songe par une nouvelle intervention à aborder et à supprimer, si faire se peut, l'obstacle, que l'on suppose placé sur le côlon pelvien. On ne peut l'atteindre par le toucher rectal ; pourtant, en le combinant au palper abdominal, on perçoit un peu d'empâtement sur le côté gauche du bassin, qui paraît répondre soit à une masse stercorale, soit à une tumeur, soit aux deux. L'accumulation stercorale joue certainement un rôle dans les sensations que l'on perçoit, car le volume et la consistance de la masse se modifient d'un jour à l'autre.

Le 5 décembre. — Laparotomie médiane. Tout est préparé pour une résection intestinale ou une entéro-anastomose. On tombe sur des adhérences intestinales étendues et complexes ; les anses adhèrent entre elles, à la paroi abdominale, à la vessie, à l'utérus. Après dissociation de ces adhérences, on peut isoler le côlon pelvien très volumineux, très dilaté, atone, dépoli. Très bas, sur les limites du côlon pelvien et du rectum, on trouve l'obstacle qui est un *cancer* annulaire très serré. Le néoplasme est placé si bas, les adhérences ont tellement modifié le Douglas, on a eu tant de peine déjà à reconnaître le siège de l'obstacle, que l'on renonce à son extirpation impossible, étant donné l'état actuel de la malade et les difficultés particulières que comporte ce cas.

D'autre part, une entéro-anastomose au-dessous de l'obstacle est naturellement impossible : le ventre est donc refermé. Cette simple laparotomie exploratrice détermine un choc formidable : pendant quelques jours, on craint de voir l'opérée succomber, puis graduellement les choses rentrent dans l'ordre. L'anus artificiel fonctionne de mieux en mieux. Les évacuations

se font plus régulières. Les phénomènes d'engorgement du gros intestin se reproduisent moins fréquemment et à un moindre degré.

Le vingt-cinquième jour, la malade peut rentrer chez elle. La santé générale s'améliore beaucoup. L'appétit renaît. Elle peut faire quelques promenades et s'occuper de jardinage. Malheureusement, les irrigations fréquentes par l'anus artificiel pour prévenir l'engoûment, produisent de l'éversion et du prolapsus de cet anus. Sauf cet accident, pendant six mois, l'état général se maintient ; l'anus fonctionne à peu près.

Le 18 avril 1906. — Nouveaux malaises. Cachexie rapide. Péritonite cancéreuse. Mort.

Observation IV

(Observation rédigée par M. Lelongt, externe du service.)

Néoplasme du côlon pelvien. Occlusion intestinale. Laparotomie. Anus cæcal.

Adolphe E..., maître d'hôtel, âgé de 65 ans, entre à la maison Dubois, le 2 janvier 1907, dans le service de M. Morestin, pour douleurs abdominales et constipation persistantes.

Antécédents héréditaires.— Mère morte d'une néoplasie rectale.

Depuis six mois environ, le malade est constipé et se plaint de fréquentes coliques. Il y a trois mois, il a remarqué du sang dans ses matières, sang presque noir. Les matières sont dures et ovillées. Il ne peut avoir de selles, que s'il prend un lavement quelques lavements restent même sans résultats. Le malade

précise mal le siège de ses douleurs ; elles sont cependant plus vives dans la région ombilicale, plus vives aussi après l'ingestion des aliments qui amène un ballonnement passager du ventre. Il y a quinze jours, le malade a vomi deux fois dans la même journée des matières alimentaires et bilieuses, et, depuis ce moment, il a de fréquentes nausées. L'appétit est cependant resté bon. Le malade n'en a pas moins maigri de 8 livres depuis cinq semaines. Le météorisme s'exagérant, la constipation résistant à tout traitement médical, sur les conseils de son médecin, le malade entre à la maison Dubois.

L'inspection montre un ventre ballonné, surtout à droite. La palpation ne réveille aucune douleur. Le toucher rectal est négatif. La température est normale. Le pouls est très bon.

Le diagnostic d'occlusion s'impose. La rareté des vomissements permet de supposer une sténose du gros intestin, et tout est en faveur à priori, d'une sténose cancéreuse.

Opération d'urgence. Incision à gauche.

Côlon iliaque peu tendu. On se reporte à droite et on trouve le cæcum énorme, plus gros que les deux poings. On fait une cæcotomie qui donne issue immédiatement à une quantité énorme de liquide noir comme de l'encre : le malade, sur les conseils de son médecin, avait absorbé une quantité considérable de charbon.

Les suites opératoires sont excellentes. L'anus fonctionne très bien. L'état général s'améliore rapidement, et le malade refuse tout autre opération.

Observation V

(Observation rédigée par M. Olivier, interne du service.)

Occlusion intestinale de nature indéterminée malgré une laparotomie. Anus cæcal (Mauclaire).

Mme G... entre à l'hôpital Dubois le 9 janvier 1907, pour douleurs et ballonnement du ventre durant depuis un mois, ayant débuté par des vomissements de sang très abondants soulageant les douleurs. Après un séjour au lit de quinze jours la malade reprit son travail pendant huit jours mais le ventre était resté sensible et les selles très difficiles, même avec des lavements.

Le 4 janvier 1907. — Réveil dans la nuit par des vomissements alimentaires abondants représentant toute l'alimentation de la malade depuis quatre ou cinq jours. Le lendemain douleurs abdominales prédominantes du côté droit et transfert à l'hôpital le soir.

Examen de la malade. — Douleurs non continues par crises avec sensation de contractions intestinales, intenses surtout du côté droit, calmées par la glace.

Vomissements de tous les aliments, même le bouillon et le lait, survenant une heure après l'ingestion, accompagnés d'une grande quantité d'eau. Renvois et hoquet intermittents.

Arrêt presque absolu des matières, arrêt complet des gaz, la malade n'en rend aucun depuis huit jours.

Ballonnement très notable du ventre, uniforme, avec cependant un peu d'exagération du côté droit, entre l'ombilic et le pubis. Soulèvement externe de la paroi abdominale à ce niveau.

Le ventre est absolument souple à la palpation, sans résistance

de la paroi, sans hyperesthésie cutanée. La palpation réveille une contraction douloureuse de l'intestin dans la fosse iliaque droite avec soulèvement en dos d'âne de la paroi allant vers le rebord costal. On sent le choc les unes contre les autres des anses intestinales dilatées; on perçoit des bruits intestinaux et du gargouillement.

A la percussion, tympanisme sur la ligne médiane, plus fort en certains endroits, là où l'intestin semble plus dilaté. La malade étant couchée sur le flanc droit accentuation de la matité de ce côté.

Au toucher rectal et vaginal on ne sent absolument aucune tumeur ni rétrécissement aussi haut que le doigt puisse remonter. Température: 38°4. Pouls normal. Teint péritonéal, cachectique, yeux cerclés de noir, état notable d'amaigrissement très rapide. En présence de ces symptômes le diagnostic probable était cancer du gros intestin. Une intervention fut décidée le 11 janvier par le Dr Mauclaire chef du service.

Opération. — La laparotomie médiane n'ayant décelé aucune tumeur dans le ventre, mais le cæcum et le côlon transverse ayant été reconnus très dilatés, un anus cæcal est pratiqué. Ouvert le soir même, des gaz et des matières s'échappèrent aussitôt en abondance. Quelques heures plus tard la malade était profondément soulagée; le lendemain le ventre était complètement déballonné grâce au parfait fonctionnement de l'anus iliaque, ayant nécessité plusieurs pansements dans la même journée. Amélioration notable de l'état général et abaissement lent de la température. Les phénomènes alarmants du début étaient palliés.

Les jours suivants, état général excellent. Peut-être tentera-t-on dans quelques jours une extirpation du néoplasme.

Observation VI

(Observation rédigée par M. Olivier, interne du service.)
Occlusion intestinale. Entéro-anastomose iléo-colique préliminaire pour néoplasme iliaque. Anus cæcal. Anus iliaque gauche. Mort (Mauclaire).

Le nommé S..., âgé de 67 ans, entre à la maison Dubois le 9 janvier 1907 pour des phénomènes aigus d'obstruction intestinale.

Début. — Douleurs depuis un an environ, séjour au mois de septembre dernier de quatre semaines dans la clinique du professeur Schultze à Bonn, alternatives de constipation et de diarrhée, avec ballonnement intermittent du ventre, surtout après les repas.

Le 4 janvier. — Dernière accentuation des douleurs avec sensation de malaise général ; pas de selles ni de gaz. Les phénomènes vont en s'accentuant pendant trois ou quatre jours et malgré des lavements simples et à la glycérine, le 8 l'état empirait subitement. Le 9, le malade entrait à l'hôpital avec 38°, un pouls rapide et petit, un teint péritonéal très marqué, des vomissements très fétides et un arrêt absolu des matières et des gaz.

Opérations. — Le lendemain matin, le 10 janvier, le Dr Mauclaire pratique une laparotomie iliaque gauche et constate un néoplasme de l'iliaque avec adhérences épiploïques. Il pratique une entéro-anastomose iléo-colique au-dessous du point néoplasié avec l'intention d'enlever le néoplasme quelque temps après dans une deuxième séance opératoire, le malade étant trop affaibli pour tenter l'exérèse immédiate ; mais aucune matière ni gaz ne sont rendus dans la journée et dans la nuit suivante si bien que le

lendemain matin une nouvelle intervention est décidée. Un *anus cæcal* est pratiqué. Mais il ne donne aucun résultat malgré la mise en place et fixation de deux drains dans la cavité cæcale. La température monte à 38° dans la journée, le malade s'affaiblit, le facies péritonéal s'accentue malgré deux grands lavages rectaux pratiqués; aussi le soir même le Dr Mauclaire pratique-t-il un anus sur l'anse qui se présente la première dans l'incision iliaque gauche : c'est l'iléon au-dessus de l'entéro-anastomose primitive. Mais il donne très peu de résultats, toutefois quelques gaz s'échappent et quelques traces de matière fécale souillent le pansement. Trois lavages rectaux sont pratiqués dans les trois heures qui suivent ; l'anus cæcal commence alors à fonctionner, mais peu; quant à l'anus iléal il ne donne rien. Dans les vingt-quatre heures suivantes six nouveaux lavages rectaux sont pratiqués, le malade est moins ballonné mais la température baisse notablement et le malade se trouve mieux. L'anus iléal se met à fonctionner et par lui sortent quelques fèces en boulettes brunâtres. Malheureusement l'état du malade empire subitement et le malade meurt dans le coma et la stercorémie le 13 janvier 1907.

CONCLUSIONS

L'occlusion intestinale dominant la symptomatologie du cancer du gros intestin et sa thérapeutique chirurgicale, les indications de l'anus contre nature sont variables suivant qu'existe ou non cette complication.

1° Dans les cancers, avec occlusion complète, l'anus artificiel est absolument indiqué. Les conditions opératoires étant rendues très défavorables, tant par l'état général que par l'état local, la règle de conduite est très nette : faire le minimum en drainant l'intestin par un anus cæcal; la cæcostomie constitue un excellent anus temporaire.

2° Dans les cancers sans occlusion, si le néoplasme est extirpable, l'anus artificiel contribue au succès de la thérapeutique radicale, de la résection, en mettant préventivement au repos l'intestin malade, et en permettant sa désinfection. Plus tard il met les sutures à l'abri des matières fécales, et, en cas d'occlusion post-opératoire, joue le rôle de soupape de sûreté.

3° Si le néoplasme est inextirpable, l'anus artificiel est indiscutable dans certains cancers bas situés et très étendus. Dans les autres cas il peut être mis en parallèle avec les entéro-anastomoses. S'il constitue pour le malade une véritable infirmité, qu'il ne faut cependant pas exagérer, sa bénignité opératoire et la survie plus grande qu'il accorde au malade, dans la majorité des cas, en font, dans l'état actuel de la science, le plus sûr, sinon le plus brillant, des traitements palliatifs.

Vu : le Président de la thèse
A. LE DENTU

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Imprim. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.